

がん地域連携パスに関する説明・同意確認書 ～肺がん地域連携パス～

説明医師： _____ 氏名自署または押印) 印

私は、(患者) _____ 様の今後の診療とがん地域連携パスについて、下表のとおり説明いたしました。

1. 診断名	あなたの病名は原発性肺がん (<input type="checkbox"/> 疑い) です。
2. 肺がんの術後	肺がん手術については、別紙の肺切除術に関する説明書に記載させていただきました。多くの方は術後 1 週間程度での退院の見込みです。最終診断が早期の肺がんであれば、術後は外来での経過観察のみを予定しています。このような退院後の診療に関しては、ご自宅近くの診療所や病院の先生方と協力して行わせていただきます。
3. 目的	大阪府では、患者さまに分かりやすく安全で質の高い医療を目指して「がん地域連携パス (連携パス)」を活用しています。 「連携パス」では病気の経過を予測して、一番良い診療の計画を立て、患者さまに納得していただいたうえで、医師・看護師などがご自宅近くの診療所や病院と協力して、同じ治療方針の基で、安全で質の高い医療を提供したいと考えています (チーム医療)。
4. 方法	具体的な地域診療連携につきましては、手術後の病状が落ち着いた時点 (およそ退院 1～6 ヶ月後) から、かかりつけ医 (ご自宅近くの診療所、病院) は日々の診察とお薬の処方を担当し、当院が節目 (3～12 ヶ月ごと) の診察や検査 (CT 検査など) を担当します。病状が変わった時や後遺症・副作用が強い時などに備え、夜間休日でも当院とかかりつけの医療機関の間でしっかり連携を取っていきますので、どうぞご安心ください。適応患者さまには「患者さま用の携帯冊子」をお渡ししますので、ご利用ください。
5. 期待されること	「連携パス」に基づくことは、患者さまの主治医が、当院の主治医とかかりつけ医の二人になると考えることができます。異常の早期発見や、きめ細やかな対応が望めます。また、患者さまにはご自宅近くの医療機関を受診していただくことで通院時間の短縮や病院での診察待ち時間の解消にもつながることが期待されます。
6. 同意と撤回の自由	私たちは、「連携パス」が患者さまの療養生活や診療の方針に合っているかどうかを吟味し、利用する方が良いと考えた場合にお勧めします。患者さまやご家族と十分相談しながら、運用を進めます。途中で中止することも可能です。
7. 質問の自由	ご不明な点やご心配があれば、いつでもご相談ください。

※なお、病状により地域連携パスが適応とならない場合がございます。あらかじめご了承ください。

近畿大学病院 病院長 殿

私は、がん地域連携パスの目的や方法などについて上記の説明を受け、十分に理解したうえで、この「がん地域連携パス」を利用することに同意します。

同意日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人署名： _____

代諾者署名 (続柄)： _____ (_____)

がん地域連携パスに関する説明・同意確認書 ～肺がん地域連携パス～

説明医師： _____ (氏名自署または押印) 印

私は、(患者) _____ 様の今後の診療とがん地域連携パスについて、下表のとおり説明いたしました。

1. 診断名	あなたの病名は原発性肺がん (<input type="checkbox"/> 疑い) です。
2. 肺がんの術後	肺がん手術については、別紙の肺切除術に関する説明書に記載させていただきました。多くの方は術後 1 週間程度での退院の見込みです。最終診断が早期の肺がんであれば、術後は外来での経過観察のみを予定しています。このような退院後の診療に関しては、ご自宅近くの診療所や病院の先生方と協力して行わせていただきます。
3. 目的	大阪府では、患者さまに分かりやすく安全で質の高い医療を目指して「がん地域連携パス (連携パス)」を活用しています。 「連携パス」では病気の経過を予測して、一番良い診療の計画を立て、患者さまに納得していただいたうえで、医師・看護師などがご自宅近くの診療所や病院と協力して、同じ治療方針の基で、安全で質の高い医療を提供したいと考えています (チーム医療)。
4. 方法	具体的な地域診療連携につきましては、手術後の病状が落ち着いた時点 (およそ退院 1～6 ヶ月後) から、かかりつけ医 (ご自宅近くの診療所、病院) は日々の診察とお薬の処方を担当し、当院が節目 (3～12 ヶ月ごと) の診察や検査 (CT 検査など) を担当します。病状が変わった時や後遺症・副作用が強い時などに備え、夜間休日でも当院とかかりつけの医療機関の間でしっかり連携を取っていきますので、どうぞご安心ください。 適応患者さまには「患者さま用の携帯冊子」をお渡ししますので、ご利用ください。
5. 期待されること	「連携パス」に基づくことは、患者さまの主治医が、当院の主治医とかかりつけ医の二人になると考えることができます。異常の早期発見や、きめ細やかな対応が望めます。また、患者さまにはご自宅近くの医療機関を受診していただくことで通院時間の短縮や病院での診察待ち時間の解消にもつながることが期待されます。
6. 同意と撤回の自由	私たちは、「連携パス」が患者さまの療養生活や診療の方針に合っているかどうかを吟味し、利用する方が良いと考えた場合にお勧めします。患者さまやご家族と十分相談しながら、運用を進めます。途中で中止することも可能です。
7. 質問の自由	ご不明な点やご心配があれば、いつでもご相談ください。

※なお、病状により地域連携パスが適応とならない場合がございます。あらかじめご了承ください。

近畿大学病院 病院長 殿

私は、がん地域連携パスの目的や方法などについて上記の説明を受け、十分に理解したうえで、この「がん地域連携パス」を利用することに同意します。

同意日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人署名： _____

代諾者署名 (続柄)： _____ (_____)